

## **РОЛЬ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У ДЕТЕЙ**

*Лысенко И.М., Баркун Г.К., Рябова Т.М., Васильева М.А.  
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет»*

В обязанности педиатра входит непрерывное наблюдение за детьми всех возрастных групп от 0 до 18 лет.

**Цель исследования** – еще раз уточнить алгоритм ортопедического наблюдения педиатром за здоровыми детьми

На первом году жизни ребенок должен быть осмотрен ортопедом 5 раз: в роддоме, в 1 мес жизни, в 3 мес, в 6 мес, в 1 год. Установленные сроки обусловлены физиологическим развитием всех систем ребенка.

В компетенцию педиатра в роддоме не входит обязательный осмотр тазобедренных суставов родившегося ребенка. Тем не менее, они обращают на них отдельное внимание в связи с высокой частотой встречаемости врожденной патологии тазобедренных суставов, требующей незамедлительного начала лечения после постановки диагноза.

С 1 месяца жизни все дети должны находиться на динамическом наблюдении ортопеда в поликлинике по месту жительства. При осмотре врач обращает внимание на позу ребенка на пеленальном столе, форму черепа, большой родничок (выбухающий, западающий), наличие больших грудных мышц (проверяется пальпаторно); проверяется объем движений в локтевых суставах на предмет выявления радиоульнарного синостоза; положение и форму стоп, объем движений в голеностопных суставах.

В последнюю очередь осматриваются тазобедренные суставы. Визуально определяется положение нижних конечностей. Затем врач, разгибая ноги ребенка в коленных и тазобедренных суставах, определяет симметричность паховых (в положении ребенка на спине) и подягодичных и подколенных (в положении на животе) складок. Другие складки в норме могут быть асимметричны. В положении ребенка на спине определяется объем движений в тазобедренных суставах, особое внимание уделяется разведению в них. В норме у ребенка в возрасте 1 мес абдукция составляет 80 градусов. При осмотре здорового ребенка в 1 мес жизни даются рекомендации по уходу и рекомендуются повторные осмотры в дискретированные срок.

Если разведение в тазобедренных суставах ограничено с одной или двух сторон, то это говорит либо о патологическом гипертонусе, либо о наличии врожденной патологии тазобедренных суставов. Только после исключения органической патологии со стороны тазобедренных суставов, педиатр и ортопед может направить ребенка на консультацию к невропатологу.

**Методы диагностики** врожденной патологии тазобедренных суставов у

детей подразделяются на 2 группы – клинические и лучевые.

**Клинический метод диагностики** – это метод, основанный на субъективной оценке клинической картины осматриваемого пациента. Все симптомы, характерные для врожденной патологии, можно разделить на 2 группы – ранние (диагностируемые на первом году жизни ребенка) и поздние

**Ранние симптомы.** Одним из главных признаков, вызывающих подозрение на врожденную патологию тазобедренных суставов, является ограничение разведения в тазобедренных суставах. Асимметрия подъягодичных и подколенных складок: на стороне поражения складки выше и глубже, в положении на животе более выражены, чем на спине. Отсутствие при пальпации в скарповском треугольнике головки бедренной кости. Симптом «щелчка» или симптом Маркса-Ортолани (может быть диагностирован как до 7 дня жизни, так и после). Относительное укорочение пораженной конечности при наличии односторонней патологии. Наружная ротация пораженной конечности. Симптом Шемакера (Shemaker) Симптом Пельтесона (Pelteson). Абдукционная контрактура тазобедренного сустава противоположной стороны Симптом «скрещивания» Эрлахера. Симптом «скрещивания» Этторе. Симптом Симптом переразгибания в тазобедренных суставах.

Для предвывиха или дисплазии тазобедренных суставов характерны ограничение разведения и симптом «щелчка», выявить которые можно уже в роддоме. Все остальные симптомы характерны для подвывиха и вывиха и определяются на первом году жизни ребенка.

**Поздние симптомы, характерные для вывиха в тазобедренном суставе.**

Симптом Тренделенбурга (отрицательный, положительный симптом). Симптом Дюпюитрена Позднее начало ходьбы. «Утинная» походка Увеличение поясничного лордоза. Симптом Рэдудлеса.

По нашему мнению, встречающиеся при обследовании у детей раннего возраста такие симптомы, как ограничение разведения в тазобедренных суставах и (или) асимметрия ягодичных и подколенных складок, вполне достаточны, чтобы заподозрить наличие диспластической патологии в тазобедренном суставе и направить ребенка на дальнейшее обследование. Следующим этапом диагностического алгоритма являются объективные методы диагностики – рентгенологический и ультразвуковой, объединенные в группу лучевых методов исследования

Существующий с конца XIX века, рентгенологический метод диагностики является далеко не безопасным, но, несмотря на преобладание не рентгеноконтрастных структур тазобедренного сустава, является абсолютно достоверным методом исследования. Отмечают: угол вертлужной впадины, угол Идельбергера.

Для ранней диагностики диспластической патологии тазобедренных суставов были разработаны вспомогательные опознавательные линии, схемы и симптомы: схема Хильгенрейнера–Эрлахера, симптом Жебека, схема Пути, симптом, схема дуга Менарда, дуга Кальве. Безопасный, неинвазивный метод диагностики врожденной патологии тазобедренных суставов – УЗИ, позволяющий оценить, прежде всего, не рентгеноконтрастные структуры (хрящевой компонент головки бедра и впадины), получить информацию о стабильности и морфологии сустава.

В основе статического метода лежит морфологическая классификация

состояния тазобедренного сустава на основании измерения углов вертлужной впадины.

В соответствии с классификацией, предложенной Графом в 1993г. в модификации Н Wiese, R.Schulz, существует 4 типа тазобедренных суставов.

Акцент при использовании динамического метода делается на положение головки бедра и ее стабильность при проведении провокационных тестов Барлоу и Ортолани.

Мы считаем, для постановки правильного диагноза комплекс полученных данных обследования (оценка клинической картины, анализ УЗИ и чтение рентгенограммы) должны быть сосредоточены в одних руках – руках детского ортопеда для того, чтобы верно трактовать полученные данные. Но роль педиатра умалить тоже нельзя, т.к. от своевременного направления ребенка к ортопеду в дальнейшем будет зависеть качество лечения пациента.

Следовательно, знание педиатрами алгоритма ортопедического наблюдения за здоровыми детьми улучшит диагностику заболеваний опорно-двигательного аппарата у последних, а, тем самым, улучшит качество жизни пациентов и состояние их здоровья.

Литература.

1. S. Wientroub and F. Grill: Ultrasonography in developmental dysplasia of the hip // J Bone and Joint Surg., 82-a, №7, July 2000
2. Graf R. The acetabular labrum in infants // Orthopaede, 27(10), 670-674, Oct. 1998
3. Skaggs PJ, Kaminsky C, Tolo VI, Kay RM, Reynolds RA Variability in measurement of acetabular index in normal and dysplastic hips, before and after reduction // J Ped Orthop. 18 (6), 799-801, Nov-Dec, 1998
4. О. Барта Врожденный вывих бедра и его раннее консервативное лечение  
М.И. Пыков, К.В. Ватолин // Детская ультразвуковая диагностика